

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПСИХОЛОГА

В.Н. Кожевников (Красноярск), Г.В. Залевский (Томск),  
Л.И. Фусу (Москва), Т.А. Кожевникова, В.В. Костарев (Красноярск)

**Аннотация.** Представлен обзор основных теорий развития психосоматических расстройств, позволяющих понять генезис этой патологии. Рассматриваются структура психосоматических соотношений, степень органического поражения мозга при психосоматических расстройствах, факторы их риска. Обсуждаются основные актуальные вопросы как отечественной, так и французской психосоматической медицины.

**Ключевые слова:** психосоматические расстройства; факторы риска; «внутренняя картина болезни»; «замкнутый круг»; конверсионное ядро; «работа горя»; «работа сна»; структура; дезорганизация; прогрессивная дезорганизация, система фиксации-регрессии, эссенциальная депрессия, оператуарное мышление, оператуарная жизнь, «личностная защищенность».

Согласно современным научным исследованиям имеются противоречия в понимании генезиса и сущности психосоматических расстройств и соматоформных психических расстройств (т.е. психических расстройств в сфере «соматопсихики», связанной с осознанием и переживанием человеком собственной телесности) [8, 9, 16, 20].

Представления о спектрах и границах органических, соматогенных, соматоформных, истерических, аффективных, шизотипических и ипохондрических расстройств вызывают самые спорные суждения. Дифференциальная диагностика затруднена из-за отсутствия достаточной характеристики соматической патологии (расширенного диагноза, показателей степени тяжести, стадии заболевания и др.) [17, 23].

Для лучшего понимания природы психосоматических расстройств было введено понятие «личностная защищенность», представленное в виде трех компонентов: 1) отношение с окружающей средой; 2) способность к выбору конструктивной формы поведения, направленного на преодоление конфликта; 3) достаточность личностного энергетического потенциала [14, 15].

Механизм «замкнутого круга» – еще один важный механизм взаимоотношений между психикой и сомой. Сущность проявления этого механизма заключается в том, что нарушение, возникающее первоначально в соматической сфере (возможно, и в психической), вызывает психопатологические реакции, которые становятся причиной дальнейших соматических нарушений. По «замкнутому кругу» и разворачивается целостная психосоматическая картина заболевания. Важная роль феномена «замкнутого круга» указывается исследователями как в связи с происхождением психосоматических заболеваний, так и в свя-

зи с генезисом психических нарушений при соматических заболеваниях. Психические и соматические патогенные факторы тесно и причудливо переплетаются в генезисе скрытых эндогенных депрессий, единый симптомокомплекс которых включает в себя переплетение психических и псевдосоматических нарушений [3, 25]. Стрессовые события играют определяющую роль в развитии депрессивных расстройств, частота которых, как и психотравмирующих ситуаций (уход на пенсию, развод или разлука с супругом, измена, смена места жительства, потеря родины, идеалов, профессиональные неудачи, материальные и финансовые проблемы, смерть или заболевания близких людей) тесно связаны между собой. Важно отметить так называемый кумулирующий эффект стрессовых ситуаций [22, 24].

Рассматривая постфрейдовские модели психоанализа, ученые описывают психоанализ органических заболеваний, рассматривают психосоматическую медицину и подробно останавливаются на исследованиях Парижской психосоматической школы [9, 29, 30].

Монистическая модель [23, 27, 31] утверждает отсутствие дифференциации между психическим и соматическим и построена на трех своеобразных концепциях: структуре психического аппарата, символизации, отношении между соматическим и психическим. В первой концепция **Я** теряет свое значение и становится чуть ли не бесполезным, а **Оно** становится безмерным и трансцендентирует все переживания и всю человеческую жизнь; постулируется детерминизм **Оно**, которое для реализации своих желаний использует одинаково как психические, так и соматические манифестации. Примечательнее всего то, что символизация предшествует всякой психической работе, смешивая символизм с символизацией.

Следование основному психоаналитическому правилу – свободным ассоциациям – стимулирует обнаружение и созидание (конструкцию) индивидуальных и исторических (подразумевается личная [29, 30] история пациента) смыслов и значений, т.е. всякий психосоматический симптом имеет смысл, однако этот смысл может обнаружиться лишь благодаря психоанализу и прорабатывается лишь во время психоанализа. Жан Поль Валабрега распространил понятие конверсии на всю соматическую патологию, он видел в этом понимание всех соматизаций. Истерическая конверсия не была при этом частным случаем. Астма, аллергия, мигрень относились к невротическому регистру. Расширение понятия истерической конверсии на прегенитальные стадии предполагало глубокую регрессию к переживаниям начала жизни, которые реактивировали очень давние психосоматические системы.

Сложно утверждать, что во всех соматических нарушениях есть, как и в истерической конверсии, психическая часть, которая внезапно вытесняется в бессознательное, в то время как аффективный заряд, связанный с репрезентацией, смещается на соматическую оболочку. Это может осмысли-

ваться, лишь когда психическая и соматическая активности дифференцируются.

Если Ф. Александер делает акцент на *психосоматические заболевания*, то Парижская психоаналитическая школа (П. Марти, М. Фэн, М. де М. Юзан, К. Давид, К. Смаджа) описывает *психосоматического пациента* [26, 29, 30]. Парижская психоаналитическая школа отличается еще и тем, что она отмечает у психосоматических пациентов выраженное снижение, вплоть до полного стирания, всякой работы психического аппарата. Это стирание характеризуется клиническими проявлениями депрессии особого вида, называемой *эссенциальной депрессией*, особым качеством мышления, называемым *опературным мышлением*, и снижением онирической и фантазматической деятельности.

Для Парижской школы вопрос о том, имеет ли соматический симптом смысл, более не является важным. Психосоматические специалисты IPSO PARIS вместо поиска смысла симптома заинтересовались интерпретацией психических феноменов, которые появляются из-за деградации тех психических структур, которые могли бы придавать смысл.

Представитель Парижской психосоматической школы К. Смаджа описывает два психических явления, которые создают условия для развития соматизации [29]. Первое он называет *соматической регрессией*, второе – *психосоматическим разделением*, подразумевая разрыв, разделение влечений к смерти от влечений к жизни.

Парижская психоаналитическая школа считает эссенциальную депрессию облигатной при всех психосоматических заболеваниях. Впервые она была описана П. Марти [26]. Ее основные клинические характеристики следующие: снижение общего либидинального тонуса, наличие выраженной, и, как правило, хронической усталости, быстрая истощаемость, присутствие негативной симптоматики, психическая дезорганизация, стирание и исчезновение психической работы, аффективная фригидность, отсутствие психической боли и страдания как клинически, так и в бессознательных репрезентациях, анаклитическое примыкание к коллективным нормам и идеалам.

Анализ зарубежных и отечественных исследований показывает, что происхождение психосоматических расстройств рассматривается с позиций некой распространенной психосоматической парадигмы. В их этиологии ведущую роль играют три группы факторов [1, 5]:

1. Наследственно-конституциональные. Выделяются конституционально-типологические особенности центральной нервной системы (ЦНС) и личностные особенности.

2. Психогенные (или психоэмоциональные). Это острые или хронические внешние воздействия, опосредствованные через психическую сферу.

3. Органические. К ним относят разного рода преморбидную органическую (травматическую, гипоксическую, инфекционную, токсичную и пр.) «скомпроментированность» интегративных церебральных систем сверхсегментарного уровня, прежде всего лимбико-ретикулярного комплекса.

Важнейшим достижением в области советской психосоматической медицины является введение А.Р. Лурия в середине XX в. понятия «внутренняя картина болезни» – все мысли, переживания, чувства, которые есть у человека по поводу его заболевания [9]. Она состоит из четырех уровней:

1. *Сенсорный уровень* (уровень ощущений). Как правило, динамика становления внутренней картины болезни начинается с ощущений, которые появляются в два этапа. На первом этапе ощущения возникают в виде первичного осознания какого-либо неблагополучия, дискомфорта. Человек ощущает, но еще не может сказать, что с ним не так («что-то со мной не то»), поскольку его ощущения еще не определены. Заканчивается этот этап вербализацией, когда ощущения получают свое название и определение. Этап сенсорного уровня наступает, когда появляются признаки болезни («я чувствую сильную слабость и головокружение»).

2. *Когнитивный уровень* (уровень познания и понимания). Для того чтобы ощущения в теле были восприняты как симптомы заболевания, должна существовать когнитивная модель заболевания. Когнитивная модель определяет, к какой модели отнести ощущение, и проводит выбор болезни, под которую будут подходить соматические ощущения. Важнейшим моментом на этом уровне является оценка угрозы болезни. Чем сильнее она будет, тем более острой может быть эмоциональная реакция человека.

3. *Эмоциональный уровень*. Спектр возможных эмоциональных реакций человека очень широк. От анозогнозии (отрицание болезни – «Этого не может быть, я не больной») – к ипохондрическим реакциям (поиск и нахождение у себя признаков болезни во всех своих ощущениях – «Сегодня меня вырвало трижды – у меня рак желудка»).

4. *Уровень мотиваций*. Речь идет о сути, которую человек вкладывает в свою болезнь. Суть болезни может изменить образ Я человека, восприятие себя, отношения с другими людьми и окружающей средой. Болезнь может стать препятствием воплощения основных жизненных мотивов человека, и тогда больной прежде всего пытается избавиться от своего заболевания.

В индивидуальном паттерне физиологического реагирования на стресс выделяют следующие подтипы: неспецифическая активность, направленная активность, подверженность изменениям. Примечательно, что стимулы могут влиять различным образом на эти составляю-

щие паттерны физиологического реагирования, но всегда характерным способом для одного индивида [6, 8, 10].

Между эндогенными депрессиями и соматической патологией существуют психосоматические соотношения [2, 4, 7, 31]. В одной части случаев телесный недуг является фактором, провоцирующим манифестацию аффективных расстройств (соматогенно спровоцированные эндогенные депрессии), включая соматореактивную дистимию. Тесное переплетение психических и соматических расстройств позволяет выделить в пределах патологии этого круга пять типов состояний, которые отображают разную структуру психосоматических соотношений.

1. Соматизированные психические реакции – соматоформные расстройства, которые формируются в результате эмоционально-психосоматической патологии в рамках образований невротического или индивидуально-конституционального регистров (невротические расстройства, невропатии и личностное развитие).

2. Психогенно-личностные реакции (нозогении), которые возникают в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает как психотравмирующее событие, как фактор субъективный, произвольный, не зависящий от воли, которая существенно влияет на качество жизни), – вторичные невротические расстройства острого и затяжного типов.

3. Органные, или системные, соматические поражения психосоматического характера, которые возникают в ответ на влияние социально-психогенных, личностно- и биоконституционных факторов (в форме «ответа» органа или системы-мишени) – *locus minoris resistentia*.

4. Реакции экзогенного типа (соматогении), которые развиваются в результате нейротоксичного эффекта соматического заболевания, в виде неврозоподобной или психотической органической симптоматики.

5. Соматопсихическая коморбидность – относительно независимое параллельное течение соматического заболевания и патологии психической сферы.

В отечественной науке учение о психосоматических и соматоформных расстройствах связано с работами А.Б. Смулевича и его школы [13, 14]. Взаимосвязи соматических и психических расстройств могут носить самый разнообразный характер. Например, психическое заболевание может быть результатом соматического (депрессия при онкологии, депрессия при тиреотоксикозе, гипотиреозе); психическое расстройство может носить маску соматического (ларвированная депрессия); психическое заболевание может провоцировать соматическое, запускать механизм его реализации; усиливать соматические проявления болезни, включая боль. Отечественные специалисты обнаруживают то, что психосоматические расстройства коморбидны с фобиями, аффективной патологией, личностными особенностями [11, 12, 14].

Согласно отечественным исследованиям болезнь является конечным фенотипическим проявлением действия внешних и внутренних факторов, строго определенных для каждого человека. Отмечено, что не существует единственной формы болезни, например язвенной, а существует множество ее субформ. Невзирая на наличие многочисленных отечественных теорий, которые пытаются объяснить этиологию и патогенез психосоматических заболеваний, ни одна из них не дает исчерпывающего ответа на причину психосоматических расстройств. В последнее время появился интерес к зарубежным гипотезам об их мультифакторном генезе, где каждая из предложенных теорий объясняет одно из звеньев патогенеза [12, 13].

На данном этапе отечественная психосоматическая медицина решает три важных вопроса.

1) вопрос о триггерном (пусковом) механизме патологического процесса и начальной стадии его развития;

2) почему один сверхсильный раздражитель у одних людей вызывает ярко выраженную эмоциональную реакцию и комплекс специфических вегето-висцеральных сдвигов, а у других эти сдвиги вообще отсутствуют;

3) почему психическая травма у одних людей вызывает заболевание сердечно-сосудистой системы, у других – пищеварительного аппарата, у третьих – дыхательной системы, у четвертых – эндокринной системы и т.д.

Таким образом, психосоматическая проблема остается фундаментальной проблемой медицинской психологии, которая до последнего времени разрабатывалась в русле психоаналитически ориентированных исследований психосоматической медицины. Исследователями этого направления собраны обширные и интересные, данные. Однако многие представления о природе психосоматических отношений являются по меньшей мере дискуссионными [18, 20, 24].

Дальнейшее комплексное концептуальное изучение органогенеза психических и соматических нарушений (разумеется, вместе с психогенезом) может радикально изменить существующее представление о соматических и психических отношениях, позволит по-новому, на более объективных началах подойти к классификации психосоматических расстройств [10, 16, 19, 30]. Данная проблема – это и проблема коморбидности психических и соматических расстройств.

## Литература

1. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина (принципы и применение) / пер. с англ. С. Могилевского. М. : ЭКСМО-Пресс, 2009. 352 с.
2. *Андрющенко А.В., Романов Д.В.* Клинико-эпидемиологические аспекты проблемы пограничных психических и психосоматических расстройств в общей меди-

цине (обзор литературы) // Психические расстройства в общей медицине. 2010. № 2. С. 23–42.

3. *Ануфриев А.К.* Патология общего чувства и аффективные расстройства с эквивалентами. Психосоматические расстройства при циклотимных и циклотимоподобных состояниях. М., 1979. С. 8–24.

4. *Головина А.Г.* Некоторые аспекты психосоматических соотношений у подростков с фобическими расстройствами // Психические расстройства в общей медицине. 2011. № 2. С. 18–23.

5. *Григорьева Е.А., Хохлов Л.К.* К проблеме психосоматических, соматопсихических отношений // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 2011. № 2. С. 30–34.

6. *Залевский Г.В.* Теория субъекта и фиксированные формы поведения // Психологический журнал. 2003. Т. 24, № 3. С. 32–36.

7. *Залевский Г.В.* Личность и фиксированные формы поведения. М. : ИП РАН, 2007. 336 с.

8. *Коркина М.В., Иванов В.Л.* Психические расстройства при соматических заболеваниях. Руководство по психиатрии / под ред. Г.В. Морозова. М. : Медицина, 1988. Т. 1. С. 84–113.

9. *Лурия А.Р.* Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. 4-е изд. М. : Медицина, 1977. 127 с.

10. *Миллер А.* Вначале было воспитание : пер. с англ. М. : Академический проезд, 2003. 464 с.

11. *Фусу Л.И.* Теории психического аппарата и роль психоанализа при депрессивных расстройствах // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. Ногинск : Аналитика Родис, 2012. № 4. С. 7–23.

12. *Симаненков В.И.* Психосоматические расстройства в практике терапевта. СПб. : СпецЛит, 2008. 335 с.

13. *Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б.* Депрессии в общемедицинской сети // Психические расстройства в общей медицине. 2010. № 1. С. 4–13.

14. *Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Львов А.Н.* Дифференциальный диагноз в психосоматике // Психические расстройства в общей медицине. 2010. № 3. С. 4–16.

15. *Himelhoch S., Weller W.E., Wu A.W. et al.* Chronic Medical Illness, Depression, and Use of Acute Medical Services Among Medicare Beneficiaries // *Medical Care*. 2004. Vol. 42 (6). P. 512–521.

16. *Cloninger C.R., Cloninger K.M.* Person-centered therapeutics // *Internat. Jour. of Person-centered Med*. 2011. Vol. 1. P. 43–52.

17. *Creed F.* Should general psychiatry ignore somatization and hypochondriasis? // *World Psych*. 2006. Vol. 5 (3). P. 146–150.

18. *Depression and anxiety in multisomatoform disorder: prevalence and clinical predictors in primary care / J.E. Muller, I. Wentzel, D.G. Nel et al.* // *South Afr. Med. Jour*. 2008. Vol. 98 (6). P. 473–476.

19. *Löwe B., Spitzer R.L., Williams J.B. et al.* Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment // *Gen. Hosp. Psych*. 2008. Vol. 30 (3). P. 191–199.

20. *Erlich H.S.* Experience – What Is It? // *Int. Jour. of Psychoan*. 2003. Vol. 84 (P. 5). P. 1127–1247.

21. *Fava G.A.* The clinical role of psychological well-being // *World Psych*. 2012. Vol. 11 (2). P. 102–103.

22. *Feldmann C.T., Bensing J.M.* Worries are the mother of many diseases: general practitioners and refugees in the Netherlands on stress, being ill and prejudice // *Patient Educ. Couns*. 2007. Vol. 65, № 3. P. 369–380.

23. *Ferenczi S.* Actual and psycho-neuroses in the light of Freud's investigations and psychoanalysis. *Father Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*. N.Y. : Basic Books, 1952. 360 p.

24. *Karlsson H.* Problems in the definitions of positive mental health // *World Psych.* 2012. Vol. 11 (2). P. 106–107.

25. *Lacey J.I.* Somatic response patterning and stress: some revisions of activation theory // *Psychological Stress: Issues in Research*. N.Y. : Appleton-Century-Crofts, 1967. P. 14–44.

26. *Marty P.* Les mouvements individuels de vie et de mort. Vol. 2: L'Ordre psychosomatique. Paris : Payot, 1980. 92 p.

27. *Grassi L., Mangelli L., Fava G.A. et al.* Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestions for DSM-V // *Jour. Affect. Disord.* 2007. Vol. 101, № 1–3. P. 251–254.

28. *Spitz R.-A.* La premiere annee de la vie de l'enfant. Paris : P.U.F., 1953. P. 119–121.

29. *Smadja C.* La vie opératoire. PUF, 2001. P. 45–50.

30. *Smadja C.* Les modèles psychanalytiques de la psychosomatique. PUF, 2008. P. 161–164.

31. *Brüne M., Belsky J., Fabrega H. et al.* The crisis of psychiatry – insights and prospects from evolutionary theory // *World Psych.* 2012. Vol. 11(1). P. 55–57.

#### PSYCHOSOMATIC DISORDERS AT THE CLINICAL PRACTICE

Kozevnikov V.N. (Krasnoyarsk), Salevskij G.V. (Tomsk), Fussy L.I. (Moscow),  
Kozevnikova T.A., Kostarev V.V. (Krasnoyarsk)

**Summary.** The fundamental theories of psychosomatic origins those are necessary for deep insight of somatoform disorders and reactions are presented in the article. It was described the linear model, rates of organic lesion, risk-factors and structure during psychosomatic disorders. It was administered the ideas of «ego security», «avoidant period», «inward sickness picture». As a result, it was awarded the most topical issues of psychosomatic medicine.

**Key words:** psychosomatic disorders; risk-factors; structure; «ego security»; «avoidant period»; «inward sickness picture».